

شماره تلفن	نام مددکار/CSO
تاریخ	شماره ارباب رجوع

بخش 1: این قسمت را قبل از اینکه به محل کاری که به پایان رسیده است ببرید، تکمیل کنید.

با امضاء در این قسمت، من به کارفرمای خود اجازه میدهم که این فرم را برای اداره خدمات اجتماعی و بهداشتی-درمانی (Department of Social and Health Services) تکمیل کند.

لطفاً نام خود را خوانا در اینجا بنویسید	تاریخ	امضاء
---	-------	-------

نام شرکت

نشانی شرکت: نام خیابان	شهر	ایالت	کد پستی
------------------------	-----	-------	---------

بخش 2: شخصی که در شرکت در مورد اشتغال و حقوق شما دارای اطلاعات میباشد، باید این قسمت را تکمیل کند.

1. آخرین تاریخی که کارمند (employee) کار کرده است، چیست؟ _____
2. مبلغ آخرین چک حقوق (قبل از کسر مالیات): \$ _____ تاریخ دریافت: _____
تاریخ و مبلغ چکهای دیگر را (قبل از کسر مالیات) که در همان ماهی که آخرین چک دریافت شده است، فهرست کنید.
مبلغ دریافت شده (قبل از کسر مالیات)
_____ \$
_____ \$
_____ \$
_____ \$

3. چرا کار به پایان رسید؟

- کمبود کار کار موقتی/فصلی بود از کار برکنار شدن (laid off) در مرخصی بودن (مرخصی غیبت موقتی یا مرخصی حاملگی).
 آیا پرداخت میشود پرداخت نمیشود

اگر پرداخت میشود، مستخدم چه مبلغی پرداخت شده است: \$ _____

چه زمانی از مستخدم انتظار میرود که برگردد؟ _____

دیگر: _____

4. آیا کارمند حق سالانه خدمت دریافت میکند؟ آری خیر
اگر آری: چه زمانی دریافت میشود؟ _____ چه مبلغی خواهد بود؟ _____ \$ _____

5. آیا کارمند میتواند حقوق مرخصی/حقوق بیماری/را دریافت کند؟ آری خیر
اگر آری: چه زمانی دریافت میشود؟ _____ چه مبلغی خواهد بود؟ _____ \$ _____

6. آیا کارمند میتواند مبالغ بازنشستگی/صندوق بازنشستگی/401K را برداشت کند؟ آری خیر
اگر آری: چه زمانی دریافت میشود؟ _____ چه مبلغی خواهد بود؟ _____ \$ _____

لطفاً اطلاعات زیر را ارائه دهید، تا بتوانیم در صورت لزوم با شما تماس بگیریم:

شماره تلفن	تاریخ	امضاء
عنوان / موقعیت شغلی		نام خود را در اینجا خوانا بنویسید